ANGABEN ZUM BIOLOGISCHEN VATER

NAME DES KINDES:		AKTENZEICHEN:
NAME DES/DER SACHBEARBEITERS(IN):		NAME DER BEHÖRDE

ANLEITUNG ZUM AUSFÜLLEN DES FORMULARS:

- Lesbare Druckbuchstaben und Kugelschreiber verwenden.
- Bitte alle Felder ausfüllen. Sollten Sie ein Feld nicht beantworten können, bitte "unbekannt" angeben.
- Das Formular AD 67A besteht aus zwei separaten Abschnitten. Abschnitt I betrifft persönliche Angaben und wird vertraulich behandelt. Ihrem Adoptivkind oder seinen Adoptiveltern werden diese Informationen nicht zur Verfügung gestellt, solange Sie uns dies nicht schriftlich gestatten. Abschnitt II besteht aus "nicht persönlichen" Angaben betreffend Ihren Hintergrund und Ihrer medizinischen Geschichte. Dem Adoptionsrecht des US-Bundesstaates Kalifornien zufolge muss eine Abschrift von Abschnitt II den Adoptiveltern Ihres Kindes ausgehändigt werden, bevor der rechtsgültige Adoptionsbeschluss erteilt wird sowie auf schriftlichen Antrag des Adoptivkindes, sobald das Alter von 18 Jahren erreicht wurde.
- Alle Angaben, die in diesem Formular erbeten werden, sind zur Abwicklung der Adoption Ihres Kindes erforderlich.

ABSCHNITT I – PERSÖNLICHE ANGABEN ZUM BIOLOGISCHEN VATER

A. NAME/ADRESSE

NAME DES BIOLOGISCHEN VATERS			UNTER DEN FOLGENDEN ANDEREN NAMEN BEKANNT		
SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER	FÜHRERSCHEINNUMMER	GEBURTSDATUM (MONAT/TAG/JAHR)	GEBURTSORT (ORT, BUNDESSTAAT, LANDKREIS)		
GEGENWÄRTIGE ANSCHRIFT (STRASSE, ORT, BUNDESSTAAT, POSTLEITZAHL)				TELEFONNUMMER (VORWAHL) NUMMER	
STÄNDIGE ZUSTELLADRESSE (STRASSE, ORT, BUNDESSTAAT, POSTLEITZAHL)*				STÄNDIGE TELEFONNUMMER (VORWAHL) NUMMER	
BESCHRÄNKUNGEN IM HINBLICK AUF DIE VERWENDUNG DER STÄNDIGEN ZUSTELLADRESSE, FALLS ZUTREFFEND					

B. ELTERN DES BIOLOGISCHEN VATERS

NAME DER MUTTER DES BIOLOGISCHEN VATERS (ERSTER UND ZWEITER VORNAME, NACHNAME)			NAME DES VATERS DES BIOLOGISCHEN VATERS (ERSTER UND ZWEITER VORNAME, NACHNAME)		
ADRESSE	STRASSE	ORT	ADRESSE	STRASSE	ORT
BUNDESSTAAT		POSTLEITZAHL	BUNDESSTAAT		POSTLEITZAHL
HAT IHRE MUTTER KENNNTNIS VON DIESER ADOPTION?			HAT IHRE VATER KENNNTNIS VON DIESER ADOPTION?		
☐ JA ☐ NEIN ☐ UNBEKANNT			☐ JA ☐ NEIN ☐ UNBEKANNT		
SOLLTE ES ERFORDERLICH SEIN, IN DER ZUKUNFT IHREN AUFENTHALTSORT ZU BESTIMMEN, GESTATTEN SIE UNS, UNS MIT IHREM VATER IN VERBINDUNG ZU SETZEN?			SOLLTE ES ERFORDERLICH SEIN, IN DER ZUKUNFT IHREN AUFENTHALTSORT ZU BESTIMMEN, GESTATTEN SIE UNS, UNS MIT IHREM VATER IN VERBINDUNG ZU SETZEN?		
☐ JA ☐ NEIN			☐ JA ☐ NEIN		

C. VATERSCHAFT DES MINDERJÄHRIGEN KINDES

Waren Sie und die biologische Mutter des Kindes jemals verheiratet? _____ Ja Nein
 Falls Ja, bitte um Angabe des Datums und Ortes der Eheschließung: _____
 Falls geschieden, bitte um Angabe des Datums und Ortes der Scheidung: _____.

Haben Sie und die biologische Mutter des Kindes jemals versucht zu heiraten? _____ Ja Nein
 Falls ja, bitte um Erklärung _____

Sind Sie gegenwärtig mit der biologischen Mutter des Kindes verheiratet? _____ Ja Nein

D. ANDERE KINDER

Haben Sie neben dem Kind, das adoptiert werden soll, noch weitere Kinder? _____ Ja Nein
 Falls ja, füllen Sie bitte die folgenden Felder aus. _____

	NAME DES KINDES	GESCHLECHT		ANGABE (✓) FALLS BLUTVERWANDT MIT DEM ADOPTIVKIND VOLL HALB	GEBURTSDATUM DES KINDES	VON WEM WIRD DIESES KIND VERSORGT? (Angabe der Beziehung des Versorgers zum Kind)
		M	W			
1.						
2.						
3.						
4.						

*NOTE: Es ist wichtig, dass Sie das State Department of Social Services in Kenntnis setzen, sollte sich Ihre ständige Zustelladresse ändern.
 AD 67A (German) (8/01)

E. INDIANISCHE ABSTAMMUNG

Sind Sie, Ihre Eltern oder andere Verwandte indianischer Abstammung? Ja Nein
Falls ja, bitte um Angabe der Stammesbezeichnung und des Stammesorts sowie des Grads indianischer Abstammung, (falls bekannt)

F. PSYCHOLOGISCHE BETREUUNG

Haben Sie jemals einen Psychologen, Psychiater, Sozialarbeiter oder andere Berater zwecks Betreuung im Hinblick auf emotionale oder psychologische Probleme aufgesucht? Ja Nein
Falls ja, füllen Sie bitte die folgenden Felder aus.

DATUM (DATEN) UND GRUND DER BERATUNG

NAME DES BEHANDELNDEN THERAPEUTEN UND/ODER DER BEHANDELNDEN STELLE

ORT:

ANGABE VON VERSCHRIEBENEN MEDIKAMENTEN

GRÜNDE FÜR DEN ABRUCH DER BETREUUNG, SOLLTEN SIE SICH NICHT MEHR IN BETREUUNG BEFINDEN

G. FRAGEN BETREFFEND ADOPTION (nur bei Unabhängigen Adoptionen)

1. Verfügen Sie über Ihren eigenen Rechtsbeistand (Rechtsanwalt) für diese Adoption? Ja Nein
2. Ist dieser Anwalt ebenfalls der Rechtsbeistand der Adoptiveltern? Ja Nein Unbekannt
3. Von wem wurden die Ausgaben für diese Schwangerschaft, die Versorgung vor der Geburt, die Entbindung sowie andere Ausgaben getragen?
4. Wie hoch waren diese Ausgaben? (Falls unbekannt, bitte "unbekannt" angeben)
5. Dem Adoptionsrecht des US-Bundesstaates Kalifornien zufolge müssen biologische Eltern, die ein Kind zur Adoption freigeben, persönlich Kenntnis der folgenden Angaben der Adoptiveltern haben: vollständiger rechtlicher Name; Alter; Religion; Rasse oder ethnische Zugehörigkeit; Dauer der gegenwärtigen Ehe sowie Anzahl früherer Ehen; Beschäftigung; ob andere Kinder oder Erwachsene im Haushalt leben; Kinder gibt, die nicht im Haushalt leben und der Bestand von Alimentsverpflichtungen für diese Kinder sowie Versäumnisse bei der Wahrnehmung dieser Pflichten; gesundheitliche Probleme, die ihre Lebenserwartung verkürzen oder ihre üblichen, täglichen Aktivitäten einschränken könnten; Verurteilungen für Verbrechen, mit Ausnahme von geringfügigen Verstößen gegen die Verkehrsordnung; Entfernung von Kindern aus ihrer Obhut aufgrund von Kindesmissbrauch oder Vernachlässigung eines Kindes; sowie ihr allgemeines Wohngebiet oder, auf Antrag, ihre Adresse.
6. Verfügen Sie zumindest über diese Angaben betreffend die Adoptiveltern? Ja Nein
7. Welche zusätzlichen Angaben möchten oder benötigen Sie im Hinblick auf die Adoptiveltern?
8. Haben Sie die Adoptiveltern kennen gelernt? Ja Nein
9. Falls ja, wie gut sind Ihnen die Adoptiveltern bekannt?

UNTERSCHRIFT DES BIOLOGISCHEN VATERS

FORMULAR AUSGEFÜLLT AM

Die obigen Angaben wurden von folgender Person zur Verfügung gestellt (Zutreffendes ankreuzen)

- Biologische Mutter Biologischer Vater Andere (bitte um genauere Angabe

NAME DES KINDES	AKTENZEICHEN:
-----------------	---------------

NAME DES/DER SACHBEARBEITERS(IN):	NAME DER BEHÖRDE:
-----------------------------------	-------------------

ABSCHNITT II – NICHT PERSÖNLICHE ANGABEN DES BIOLOGISCHEN VATERS

Diese Angaben werden den Adoptiveltern zur Verfügung gestellt und können von Ihrem Kind eingesehen werden. Bitte alle Fragen so umfassend wie möglich beantworten.

TEIL I – EIGENSCHAFTEN DES BIOLOGISCHEN VATERS ZUM ZEITPUNKT DER GEBURT DES ADOPTIVKINDES

A. ALLGEMEINE ANGABEN UND KÖRPERBESCHREIBUN:

GEBURTSORT (LEDIGLICH US-BUN- DESSTAAT)	GRÖSSE	ÜBLICHES GEWICHT	AUGENFARBE	HAUTFARBE	NATÜRLICHE HAARFARBE	NATÜRLICHE HAARTEXTUR (MEHRERE ANGABEN MÖGLICH) ☐ DÜNN ☐ MITTELDICK ☐ DICK ☐ GERADE ☐ GEWELL ☐ KRAUS ☐ GLATZENBILDUNG
GEBURTSORT (LEDIGLICH JAHR)	BLUTGRUPPE	RHESUS- FAKTOR	KÖRPERBESCHAFFENHEIT ☐ SCHLANK ☐ NORMAL ☐ KORPULENT	SIND SIE RECHTSHÄNDER? ☐ SIND SIE LINKSHÄNDER? ☐		

Rasse/Ethnische Gruppe

- Kaukasier Hispanoamerikaner Filipino Schwarz Asiate oder Pazifikinsulaner
 Indianer oder Alaskaner Andere _____

Falls Indianer oder Alaskaner, bitte um Angabe des Stammes und des Grades der Abstammung (falls bekannt)

SPEZIFISCHE ABSTAMMUNG (BEISPIEL: IRISCH, FRANZÖSISCH, DEUTSCH, KANTONESISCH, MEXIKANISCH, NIGERIANISCH)

B. SCHULBILDUNG

HÖCHSTE ABGESCHLOSSENE SCHULSTUFE	GEGENWÄRTIG IN SCHULE/UNIVERSITÄT? ☐ JA ☐ NEIN	ÜBLICHE SCHULNOTEN	ANDERE AUSBILDUNG
--------------------------------------	---	--------------------	-------------------

AUSSERSCHULISCHE AKTIVITÄTEN

INTERESSEN/HOBBIES

C. BESCHÄFTIGUNG

GEGENWÄRTIGE BESCHÄFTIGUNG	WIE LANGE?	GEWÖHNLICHE BESCHÄFTIGUNG?
----------------------------	------------	----------------------------

WAS SIND IHRE BESCHÄFTIGUNGSZIELE? (BEISPIEL: LEHRER, SCHWEISSER, VERKÄUFER WERDEN)

D. PERSÖNLICHKEIT

BESCHREIBEN SIE IHRE PERSÖNLICHKEIT DURCH IHR NORMALES VERHALTEN, EINSTELLUNGEN, STIMMUNGEN, AKTIVITÄTEN, AN DENEN SIE ÜBLICHERWEISE TEILNEHMEN, ARTEN VON LEUTEN, MIT DENEN SIE GERNE ZUSAMMEN SIND, ETC.)

BESCHREIBEN SIE TALENTE, HOBBIES SOWIE LEBENSZIELE.

F. PERSÖNLICHE GESUNDHEITSGESCHICHTE

BESCHREIBEN SIE IHREN ALLGEMEINEN GESUNDHEITZUSTAND	WELCHE KINDERKRANKHEITEN HABEN SIE GEHABT??		KEUCHHUSTEN ☐	HEUFIEBER ☐	OHRENINFEKTIONEN ☐
	RHEUMATISCHES FIEBER ☐	MASERN: RÖTELN (3 TAGE) ☐	MUMPS ☐	ROSEOLA ☐	ENZEPHALITIS ☐
	HERZGERÄUSCHE ☐	INFEKTIONEN DES URINTRAKTS ☐	RÖTELN (2 WOCHEN) ☐	WINDPOCKEN ☐	
	ASTHMA ☐	MENINGITIS ☐	SCHARLACHFIEBER ☐	ANDERE ☐ (Bitte um genauere Angabe)	
GRÖßERE OPERATIONEN? ☐ JA ☐ NEIN	SIND SIE			SIND SIE	
FALLS JA, FÜR WELCHE KRANKHEITEN und wann?	☐ ZWILLING	☐ DRILLING	☐ ANDERER MEHRLING?	☐ EINEEIIGER ODER	☐ ZWEEIIEIGER ZWILLING
HABEN SIE VOR DER ZEUGUNG DES KINDES ALKOHOL, TABAK ODER ANDERE DROGENSUBSTANZEN ZU SICH GENOMMEN?			☐ JA	☐ NEIN	
FALLS JA, BITTE UM ANGABE DER SUBSTANZ SOWIE DAUER UND FREQUENZ DER EINNAHME. _____					

G. FAMILIENGESCHICHTE

WURDEN SIE ODER EIN ANDERES MITGLIED IHRER UNMITTELBAREN FAMILIE ADOPTIERT?
 JA NEIN FALLS JA, BITTE UM ANGABE DER PERSON _____

	IHR BIOLOGISCHER VATER		IHRE BIOLOGISCHE MUTTER	
	Größe	Gewicht	Größe	Gewicht
Aktuelles Alter				
Falls verstorben, Todesalter....				
Todesursache				
Größe und Gewicht	Größe	Gewicht	Größe	Gewicht
Haarfarbe und -textur.....				
Augenfarbe				
Hautfarbe.....				
Links- oder rechtshändig				
Kennzeichnende Merkmale				
Abgeschlossene Schulbildung				
Beschäftigung.....				
Rasse/Ethnische Zugehörigkeit....	☐ WEISS ☐ HISPANOAMERIKANER ☐ SCHWARZ ☐ FILIPINO ☐ ANDERE ☐ ASIATE ODER PAZIFIKINSULANER ☐ INDIANER ODER ALASKANER		☐ WEISS ☐ HISPANOAMERIKANER ☐ SCHWARZ ☐ FILIPINO ☐ ANDERE ☐ ASIATE ODER PAZIFIKINSULANER ☐ INDIANER ODER ALASKANER	
Nationalität				
Religion				
War dieser Elternteil von der Schwangerschaft informiert?..	☐ JA ☐ NEIN		☐ JA ☐ NEIN	
Wie viele Brüder oder Schwestern hatte dieser Elternteil?.....				
Sollten irgendwelche Ihrer Tanten oder Onkel verstorben sein, bitte um Angabe des Todesalters sowie der Todesursache				
	ELTERN IHRES VATERS		ELTERN IHRER MUTTER	
	VATER	MUTTER	VATER	MUTTER
Alter				
Falls verstorben, Todesalter und Todesursache				
Körperliche Erscheinung				
Größe und Gewicht	GRÖSSE	GEWICHT	GRÖSSE	GEWICHT
Kennzeichnende Merkmale				
Abgeschlossene Schulbildung				
Gegenwärtige oder frühere Beschäftigung				
War dieser Elternteil von der Schwangerschaft informiert?	☐ JA ☐ NEIN	☐ JA ☐ NEIN	☐ JA ☐ NEIN	☐ JA ☐ NEIN

G. FAMILIENGESCHICHTE (FORTSETZUNG)

IHRE BRÜDER UND SCHWESTERN

(Bei mehr als 4 Geschwistern zusätzliches Blatt verwenden)

	1		2		3		4	
Geschlecht (M/ W)								
Alter								
Falls verstorben, Todesalter und Todesursache								
Geschwister oder Halbgeschwister?	☐ VOLL	☐ HALB						
Größe und Gewicht.....	GRÖSSE	GEWICHT	GRÖSSE	GEWICHT	GRÖSSE	GEWICHT	GRÖSSE	GEWICHT
Haarfarbe und –textur								
Augenfarbe								
Hautfarbe								
Hobbies und Talente								
Abgeschlossene Schulbildung.....								
Gegenwärtig in der Schule?	☐ JA	☐ NEIN						
Beschäftigung								
Von der Schwangerschaft informiert?.....	☐ JA	☐ NEIN						
Zivilstand								
Anzahl ihrer Kinder								
Gesundheit ihrer Kinder.....								

IHRE ANDEREN KINDER

(Bei mehr als 4 Kindern zusätzliches Blatt verwenden)

	Kind 1		Kind 2		Kind 3		Kind 4	
Sohn oder Tochter								
Geburtsdatum oder Alter								
Falls verstorben, Todesalter und Todesursache	☐ VOLL	☐ HALB						
Geschwister oder Halbgeschwister des Adoptivkinds?								
Todesursache								
Größe und Gewicht.....	GRÖSSE	GEWICHT	GRÖSSE	GEWICHT	GRÖSSE	GEWICHT	GRÖSSE	GEWICHT
Haarfarbe und –textur								
Augenfarbe								
Hautfarbe								
Links- oder rechtshändig								
Schulstufe								
Wohnt dieses Kind bei Ihnen?.....	☐ JA	☐ NEIN						
Hobbies und Talente								
Allgemeiner Gesundheitszustand..								
Wichtige Operationen								
Gesundheitliche Probleme.....								
Von der Schwangerschaft informiert?	☐ JA	☐ NEIN						

H. IHRE GESUNDHEITSGESCHICHTE BZW. GESUNDHEITSGESCHICHTE IHRER ELTERN UND ANDEREN VERWANDTEN

Kreuzen Sie das entsprechende Kästchen an, falls SIE oder irgendein anderer VERWANDTER (d.h. ihre Eltern, Schwestern, Brüder, Tanten, Onkeln, Großeltern, oder ihre anderen Kinder) zum jetzigen oder zu einem früheren Zeitpunkt an den folgenden Krankheiten leiden oder gelitten haben. Bitte geben Sie den Verwandtschaftsgrad der betroffenen Person an. Bitte füllen Sie den Abschnitt "Anmerkungen" aus. Sollte eine Krankheit zum Tod eines Familienangehörigen geführt haben, bitte um entsprechende Angabe sowie Angabe des ungefähren Alters beim Ableben im Abschnitt "Anmerkungen".

MEDIZINISCHE KRANKHEIT	NEIN	Unbekannt	JA SELBST	JA VERWANDTER (Verwandtschaftsgrad)	ANMERKUNGEN
A. KONGENITALE BEHINDERUNGEN					
1. Klumpfuß oder andere orthopädische Beeinträchtigungen (d.h. Plattfuß usw.)					
2. Hasenlippe (Hasenscharte) oder gespaltener Gaumen					
3. Down-Syndrom					
4. Andere Chromosomen-Abnormalitäten					
5. Hydrozephalus					
6. Muskeldystrophie					Betroffene Körperteile? Alter bei Beginn?
7. Kleinwuchs					
8. Spina Bifida					
9. Kongenitaler Herzdefekt					
10. Sichelzellen-Anämie					
11. Tay-Sachs-Erkrankung					
B. ALLERGIEN					
1. Ekzeme oder andere Hautstörungen					Ursache bekannt? Welche Behandlung? Welche Medikamente?
2. Heufieber oder andere Allergien					
3. Medikamentöse Allergien					Welche Medikamente?
4. Lebensmittel-Allergien					Welche Lebensmittel?
C. AUGEN-, ZAHN-, OHREN- UND ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN					
1. Blindheit, Glaukoma, Farbblindheit oder andere visuelle Probleme					
2. Korrekturbrillen oder Kontaktlinsen					In welchem Alter waren rezeptpflichtige Gläser erforderlich?
Nahsichtigkeit ☐					
Fernsichtigkeit ☐					
Astigmatismus ☐ (keine Scharfstellung)					
Strabismus (Schielen) ☐					
Andere ☐ (bitte um genauere Angabe)					
3. Zahnspangen oder andere orthodontische Apparate					Falls ja, welche orthodontischen Apparate, und wie lange?

H. IHRE GESUNDHEITSGESCHICHTE BZW. GESUNDHEITSGESCHICHTE IHRER ELTERN UND ANDEREN VERWANDTEN (FORTSETZUNG)

MEDIZINISCHE KRANKHEIT	NEIN	Unbekannt	JA SELBST	JA - VERWANDTER Verwandtschaftsgrad	ANMERKUNGEN
4. Taubheit oder Ohrenprobleme					Sonderziehung? Falls ja, bitte um Angabe des Alters bei Beginn.
5. Sprachprobleme					
6. Lernstörungen					
7. Mentale oder körperliche Verzögerung					Diagnose? Einweisung in Spital?
D. KREISLAUFSTÖRUNGEN					
1. Hämophilie					Alter bei Beginn? Welche Behandlung? Einweisung in Spital?
2. Sichelzellen-Anämie oder -Träger					
3. Hypertension (Bluthochdruck)					
4. Schlaganfall					
5. Herzattacke					
6. Arthritis					Art? Alter bei Beginn? Welcher Körperteil?
7. Nierenkrankheit					Alter bei Beginn? Welche Behandlung?
E. HORMONELLE STÖRUNGEN					
1. Diabetes					Alter bei Beginn? Welche Behandlung?
2. Schilddrüsenstörung					
3. Obesität (Übergewicht)					
F. ATEMSTÖRUNGEN					
1. Asthma					Ursache bekannt? Welche Behandlung?
2. Emphysem					Alter bei Beginn?
3. Tuberkulose					Alter bei Beginn? Art? Welcher Körperteil?
G. GEISTES- UND VERHALTENSSTÖRUNGEN					
1. Diagnostiziert schizophren					Alter bei Beginn? Welche Behandlung? Einweisung in Spital?
2. Diagnostiziert manisch depressiv					
3. Andere Geistesstörung. Detaillierte Beschreibung auf zusätzlicher Seite, falls erforderlich					
4. Alkoholismus oder hoher Alkoholkonsum					
5. Drogenkonsum					Art, Menge, Zeitpunkt der Einnahme?

H. IHRE GESUNDHEITSGESCHICHTE BZW. GESUNDHEITSGESCHICHTE IHRER ELTERN UND ANDEREN VERWANDTEN (FORTSETZUNG)

MEDIZINISCHE KRANKHEIT	NEIN	Unbekannt	JA SELBST	JA - VERWANDTER Verwandtschaftsgrad	ANMERKUNGEN
H. LYMPHATISCHE STÖRUNGEN					Art? Alter bei Beginn? Welcher Körperteil?
1. Krebs					
2. Tumore					
3. Zystische Fibrose					
4. Hodgkin-Krankheit					
I. STÖRUNGEN DES NERVENSYSTEMS					Betroffene Körperteile? Alter bei Beginn?
1. Multiple Sklerose					
2. Huntington-Krankheit					
3. Gehirnlähmung					
4. Anfälle oder Konvulsionen					Welche Behandlung? Frequenz?
5. Epilepsie					
J. INFektion, EINWEISUNGEN INS SPITAL					Diagnose?
1. Wiederholte Fieberanfälle bei bekannter Infektion					
2. Wiederholte schwere Infektionen mit erforderlicher Einweisung ins Spital					
3. Einweisungen ins Spital, Operationen oder Verletzungen					Weswegen? Wann?
K. ANDERE MEDIZINISCHE ODER GESUNDHEITLICHE PROBLEME					